

# Применение Милнаципрана при лечении тревожных и депрессивных состояний у больных с хроническими дерматозами

**Мокина Я.В.**, врач-психиатр, заведующая психиатрическим отделением ГУЗ ОКСПНБ №1 (Государственное учреждение здравоохранения областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1); заочный аспирант кафедры кожных и венерических болезней ГОУ ВПО (Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования) Челябинская Государственная медицинская академия, г. Челябинск

## Milnacipran in treatment of anxiety and depression conditions in patients with chronic dermatosis

Mokina Y.V.

### Резюме

В данной работе описывается опыт применения препарата иксел (милнаципран) при лечении депрессивных состояний у больных с хроническими дерматозами. Приводятся результаты открытого клинического наблюдения данного препарата у больных с псориазом, атопическим дерматитом, розацеа, экземой. Подробно описаны оценочные шкалы диагностики состояний и хронических кожных заболеваний; с помощью этих шкал выявлена динамика состояний и оценка эффективности иксела. В связи с его безопасностью и сравнительно малым количеством побочных эффектов, отсутствием осложнений, препарат рекомендован для применения в дерматологии.

**Ключевые слова:** дерматология, хронические кожные заболевания, депрессия, тревога, иксел.

### Resume

The article describes an experience with Ixel (Milnacipran) medicine use in the treatment of anxiety and depression conditions in patients with chronic dermatosis. The results of an open clinical observation of Ixel use in the treatment of Psoriasis, Atopic Dermatitis, Rosacea and Eczema are presented. A detailed description is provided of the chronic dermatology disease diagnosis and condition evaluation scales that helped to prove the efficacy of Ixel. The medicine is recommended for usage in dermatology thanks to its safety, relatively low incidence of side effects and absence of complications.

**Keywords:** skin, chronic dermatosis, anxiety, depression, Ixel.

### Введение

В последнее время вырос интерес к изучению распространенности тревожных и депрессивных расстройств у больных с соматическими заболеваниями. Обращает на себя внимание высокая распространённость таких состояний при хронических дерматозах.

Психодерматология – одна из наиболее перспективных, развивающихся областей современной интегративной медицины. Проблема хронических дерматозов (псориаз, экзема, нейродермит, розацеа и др.) остается актуальной, что обусловлено не только широкой, повсеместной их распространённостью, но и ростом заболеваемости, взаимосвязанной с социальными факторами. Во время обострения хронического кожного заболевания, врачи – дерматологи обычно отмечают у пациентов нарастающие расстройства эмоциональной сферы.

Наличие длительно текущего, сопровождающегося косметическим дефектом кожного заболевания, часто оказывает психотравмирующее воздействие и может по-

служить причиной возникновения тревоги или депрессии. Одни авторы отмечали, что у больных с псориазом и нейродермитом имели место тревожно-депрессивные и астенодепрессивные расстройства. Другие авторы отмечали, что выраженность и стойкость этих нарушений зависели от формы дерматоза, тяжести и длительности его течения, а также выраженности косметического дефекта [1,2,3].

Не все пациенты кожных клиник могут рассказать, что испытывают депрессию и тревогу. Жалобы, относящиеся к кожному заболеванию, при этом уходят на второй план, а на первый выступают нарушение сна, снижение аппетита, потеря интереса к жизни, утрата энергии, пессимизм, чувство вины, тревога, сниженное настроение. Все выше перечисленные жалобы являются следствием процесса, при котором выражены островоспалительные изменения кожи в виде яркой гиперемии, отёка, мокнутия, обильного шелушения с локализацией сыпи на лице и других открытых участках кожи, обезображивающим внешний вид больного. Сочетание кожного заболевания с депрессией, значительно утяжеляет течение и прогноз основного расстройства. Необходимо учитывать тот факт, что клинические проявления кожного заболевания являются своеобразным косметическим дефектом и, естественно, депрессивные переживания пациентов

---

Ответственный за ведение переписки -  
Мокина Яна Валерьевна  
Электронный адрес: vale1205@yandex.ru

психологически понятны врачам-дерматологам. Именно поэтому больные, как правило, не попадают в поле зрения психотерапевтов, однако при этом они не получают адекватной терапии [1,4,5.]. В связи с этим появилась необходимость не только в профессиональном выявлении таких состояний, но и их комплексном лечении.

Терапия депрессий в дерматологической практике проводится с помощью психотропных средств основных психофармакологических классов: антидепрессантов и транквилизаторов. В настоящее время при лечении эмоциональной сферы у больных с хроническими дерматозами апробируются антидепрессанты нового поколения. При этом учитывается не только мощность их антидепрессивного действия, но и максимальная переносимость, а также безопасность больных [6,7]. Эффективность такой работы подтверждается результатами опроса пациентов в 11 европейских странах [8], где традиционно используемые трициклические антидепрессанты (ТЦА) стали уступать место антидепрессантам нового поколения, имеющим широкий спектр клинических возможностей. В общемедицинской практике, поэтому стали использоваться антидепрессанты, обладающие «двойным действием», селективно блокирующие обратный захват серотонина и норадреналина (СИОЗСН), не действуя (или очень слабо действуя) на рецепторы ЦНС. Одним из таких антидепрессантов является ИКСЕЛ (милнаципран). Он может также использоваться в рамках терапии различных соматовегетативных расстройств. Опыт применения СИОЗСН (иксел) показывает, что по своей эффективности при лечении депрессии, они сопоставимы с ТЦА (амитриптилином), и превосходят СИОЗС (флуоксетин), оказывая терапевтический эффект в тех случаях, когда серотонинергические антидепрессанты не помогли добиться улучшения состояния [4].

Широта терапевтического спектра иксела, сближает его с ТЦА, в частности, относительно анксиолитического (противотревожного) и анальгезирующего (обезболивающего) действий. Именно эти свойства иксела особенно значимы в лечении хронических кожных заболеваний, сопровождающихся снижением настроения, тревогой, нарушением сна, болевым синдромом. Эффект от приёма иксела отмечается уже на первой неделе лечения.

**Целью настоящего исследования**, являлось выявление спектра тревожных или депрессивных расстройств у больных с хроническими кожными заболеваниями; лечение этих состояний, апробация препарата иксел, а также оценка его эффективности и безопасности.

## Материал и методы

Исследование выполнено на базе Челябинского областного кожно-венерологического диспансера (главный врач М.А. Захарова) и кафедре кожных и венерических болезней ГОУ ВПО Чел ГМА Росздрава (зав. кафедрой проф. Ю.Н. Ковалёв)

Психические и дерматологические расстройства были изучены у 72 больных в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих хроническими кожными заболеваниями. В изученной выборке данные расстройства распределились

следующим образом:

- распространенный псориаз в прогрессирующей и стационарной стадии выявлен у 33,3% (n=24) обследованных; из них 15 женщин и 9 мужчин с длительностью заболевания от 15 до 30 лет;

- атопический дерматит в стадии обострения выявлен у 20,8% (n=15) обследованных; из них 10 женщин и 5 мужчин с длительностью заболевания от 5 до 26 лет;

- хроническая экзема, в стадии обострения (истинная, роговая, дисгидротическая) в виде распространенных и ограниченных форм (с локализацией на коже кистей и стоп) выявлена у 29,2% (n=21); из них 12 женщин и 7 мужчин с длительностью заболевания от 3 до 10 лет;

- розацеа (эритематозная, папулезная, пустулезная формы) имела место у 16,7% (n=12); из них все женщины, с длительностью заболевания от 1 года до 3 лет.

Выявленные хронические дерматозы, сопровождались депрессивными состояниями, представленными в рамках следующих расстройств (в соответствии с МКБ-10):

1. Депрессивный эпизод (F 32): легкий 56,9% (n=41); умеренный 16,7% (n=12); тяжёлый 2,8% (n=2).

2. Расстройство адаптации по типу смешанных тревожно-депрессивных реакций (F 43.25): 23,6% (n=17).

Из исследования исключались больные с хроническими психическими заболеваниями (шизофрения, бредовый психоз), органическими заболеваниями ЦНС, злоупотреблением психоактивными веществами, тяжёлыми соматическими заболеваниями, нарушением функции почек и печени или имеющие другие нарушения, влияющие на всасывание, распределение, метаболизм и выведение препарата.

Терапия икселом проводилась по следующей схеме: начальная доза препарата составила 50 мг/сутки (первые 1-3 дня); затем доза повышалась ежедневно на 25 мг (в течение 2-3 дней); средняя доза составила 100 мг в сутки; длительность курса 5 недель.

Все пациенты получали комплексное дерматологическое лечение, включая дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию, а также антигистаминные препараты, сорбенты, витамины; при этом применялось также местное мазевое лечение с физиотерапевтическими процедурами.

Для оценки эффективности терапии использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Данная шкала состоит из 14 вопросов: 7 из них оценивают уровень тревоги, и еще 7 – уровень депрессии. Преимуществом теста является простота его выполнения; длительность заполнения не более 3 минут. Тест незаменим в случаях, когда необходимо быстро получить ответ на вопрос: «Есть ли у тестируемого клинически повышенный уровень тревоги и/или депрессии?» Результаты оценивались следующим образом: цифры до 7 баллов включительно, считались нормальными; от 8 до 10 баллов указывали на субклинически выраженный уровень показателя; 11 баллов и выше обозначали клинически выраженную тревогу или депрессию.

Данные дерматологического процесса, включая вы-

раженность воспалительных изменений кожного покрова, регистрировались с помощью показателей индекса клинических симптомов (ИКС), который представлен 8 основными показателями: эритема, отёчность, везикуляция, мокнутие, инфильтрация, корки, шелушение, трещины. Каждый показатель оценивался от 0 (отсутствие симптома) до 3-х (резко выраженный симптом) баллов. Баллы всех показателей суммировались; максимальный ИКС составил 24 балла.

Использовался также опросник определяющий качество жизни (ДИКЖ). Оценочным показателем ДИКЖ, состоящего из 10 вопросов, являлась сумма баллов (максимальная 30 баллов), где качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов.

Эффективность иксела оценивалась снижением суммы баллов в сравнении с исходными значениями (по шкалам HADS, ИКС, ДИКЖ). Безопасность и переносимость изучаемого препарата оценивалась по наличию/отсутствию нежелательных явлений, выявленных в результате жалоб пациентов.

Клинические проявления тревожного и депрессивного состояний характеризовались следующим: депрессией (легкая, средняя и тяжёлая степень тяжести), тревогой, подавленностью, плаксивостью, ощущением физической слабости, нарушении сна, апатией, раздражительностью, идеями физического недостатка (косметические дефекты в виде поражения открытых участков тела - лицо и руки), фиксации на «тягостных» телесных ощущениях (зуд, жжение, боль, стягивание кожи, мокнутие), чувством вины за «свою неполюбованность», чувством «отчаянья и безнадежности», «страхом перед будущим».

Клинические проявления кожного хронического заболевания характеризовались распространенными высыпаниями и островоспалительными изменениями кожных покровов в виде гиперемии, отёка, мокнутия, корок, шелушения и трещин, как на лице, так и на других участках кожных покровов. Всё это сопровождалось зудом, жжением, болью, стягиванием кожи и кровоточивостью отдельных участков воспаления.

## Результаты

Полный курс терапии икселом завершили 94,5% (n=68) пациентов, то есть большинство. Два человека выбыли из обследования со 2-го дня, когда у них стали появляться нежелательные явления в виде диспепсических расстройств (тошнота), головокружения в вечернее время после приёма препарата. Еще у одного пациента усилились высыпания и мокнутие на пораженных участках кожи; после отмены препарата, эти явления прошли. Четвёртый пациент отмечал тахикардию в утренние часы и связывал её с приёмом препарата, после отмены, которого она прошла.

Согласно полученным результатам, клинический эффект при использовании иксела был отмечен уже через 7 дней от начала терапии антидепрессантом. Ежедневная динамика показателей по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона свидетельствовала о постепенном,

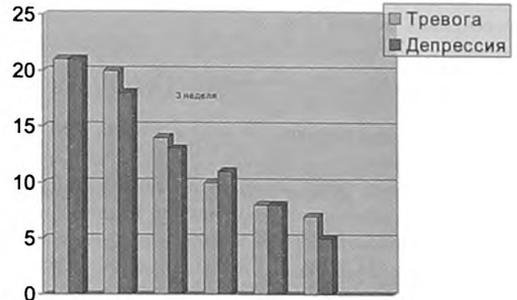


Рисунок 1. Динамика средней суммы баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS)

плавном снижении средних баллов, отражающих выраженность тревоги и депрессии, на протяжении всего периода лечения. Снижение тревоги было выражено в первые две недели от начала лечения; затем это снижение становилось еще более постепенным (рис. № 1)

Положительная динамика состояния, с редукцией тревоги и улучшением настроения, отчетливо прослеживалась уже к концу первой и началу второй недели лечения икселом. Считаем необходимым отметить, что инверсии сна, наблюдавшиеся ранее у пациентов, исчезли, начиная со второй недели приёма препарата.

Лечение икселом привело, не только к купированию тревоги и выравниванию настроения, но также оказало положительный эффект на течение кожного процесса, что проявилось прежде всего активной редукцией воспалительных и соматовегетативных проявлений. Активному регрессу подверглись: гиперемия, отёчность, везикуляция; более медленному – инфильтрация и шелушение в очагах поражения.

Показатели ИКС у больных с розацеа до начала лечения составили 9,5 баллов, после лечения 1,0 балл. Клинически при этом отмечалось уплощение папулезных элементов, разрешение пустул, уменьшение отека и гиперемии кожи лица.

У больных с псориазом, до начала лечения, ИКС составил 18 баллов; после лечения - до 5 баллов. Положительная динамика кожного процесса заключалась в уменьшении инфильтрации, гиперемии и шелушения бляшек, образовании псевдоатрофического ободка Воронова, вплоть до полного регресса элементов, с возникновением гиперпигментации или ложной лейкодермы, а также в отсутствии признаков прогрессирования (появление «свежих» высыпаний, периферического роста элементов). При артропатическом варианте течения заболевания отмечалось уменьшение суставных болей и отечности околосуставных тканей.

У больных с атопическим дерматитом, до начала лечения, ИКС составил 12 баллов; после лечения - 2 балла. Клинически положительная динамика проявилась в виде снижения активности воспалительных проявлений,

уменьшения явления мокнутия и инфильтрации тканей, сосудистых дисфункций. Уменьшилась также периоральная лихенизация, отечность и шелушение век (за счёт эритемы, инфильтрации, трещин).

У больных с экземой, до начала лечения, ИКС составил 14 баллов; после лечения - 2 балла. Уменьшился отек и гиперемия тканей, отмечалось вскрытие везикул, с образованием мокнувших эрозий. Явления мокнутия, сменилось образованием корочек и чешуек, появлением шелушения и вторичных пигментно-сосудистых или депигментированных пятен. При роговой экземе отмечалось уменьшение сухости кожи, шелушения в очагах, эпителизация трещин.

Наиболее отчетливо регистрировались различия по шкале ДИКЖ, где средний ДИКЖ составил 26-30 баллов до лечения и 10-14 баллов в конце терапии.

В целом, препарат иксел хорошо переносился пациентами. При совместном назначении иксела и дерматологических средств у большинства больных нежелательных лекарственных взаимодействий не наблюдалось. В ранее проводимых исследованиях отмечалось, что применение антидепрессантов усиливают противозудный эффект антигистаминных препаратов [5]. Поэтому в нашем исследовании доза антидепрессантов была снижена на 2 недели, т.е. на период лечения икселом, и в дальнейшем корригировалась в зависимости от проявлений кож-

ного заболевания. Проведенная работа подтвердила наличие у иксела анальгезирующего эффекта. Так, при начале применения этого препарата больные жаловались на разнообразные боли («низуряющие», «мучительные», «зудящие», «выматывающие»). К концу первой недели терапии боль становилась более «терпимой», «угасающей» и даже «едва заметной».

## Заключение

Полученные данные о терапевтической эффективности и побочных явлениях иксела (милнаципран) при депрессивных и тревожных расстройствах у больных с хроническими дерматозами (на выборке больных с псориазом, розацеа, экземой и атопическим дерматитом), свидетельствуют о достаточно высокой эффективности препарата. Иксел в большинстве случаев хорошо переносился больными и не вступал в клинически значимые взаимодействия с основными средствами для лечения дерматозов.

Достигнутые результаты, подтверждают целесообразность лечения тревожных и депрессивных состояний у больных с хроническими дерматозами, где показателем эффективности лечения стало не только психическое улучшение состояния, но более активный регресс кожных проявлений и повышение качества жизни пациентов. ■

## Литература:

1. Ишутина Н. П. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике. Науч.вестн. Тюмен. мед. акад. - 1999. - №2. С. 50-52.
2. Раева Т. В. Депрессия у больных с хроническими дерматозами ее лечение. Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. М.-во здравоохранения РФ, Всероссийское общество неврологов, Всероссийское общество психиатров. -2005. - Т. 105, №9. - С. 57-58.
3. Елецкий В. Ю. Динамика нервно-психических расстройств у больных псориазом и нейродермитом с учетом проведения гемосорбции. Журнал невропатол. и психиатр.-1983.-№11,с.1687-1691
4. Дробижев М. Ю. Дулокситин: новый антидепрессант и традиционная система координат (эффективность, терапевтический спектр, безопасность и переносимость). Журн. психиатр. и психофармакотер. Им. Ганнушкина 2005; №2.т.7.
5. Дороженко И. Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических заболеваний. Психиатр. и психофармакотер 2004;6:274-6.
6. Дороженко И. Ю. Коаксил при терапии непсихотических депрессий у больных с хроническими дерматозами. Обзорение в психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. Т.3 №4.2006г.
7. Tennyson H. Levine N. Neurotropic and psychotropic Drugs in Dermatology Dermatol Clin 2001; 19; 179-97.
8. Ротштейн В. Г. Богдан М. Н. Результаты опроса больных, страдающих аффективными расстройствами (европейское исследование). Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова.2003;10:51-6.